

成田記念病院 紹介受診者申込書
(地域医療連携室 FAX: 0532-31-2279 TEL: 0532-31-2528)

申込日 年 月 日

①紹介元医療機関 様

貴院名

ご担当医

TEL

FAX

②患者様情報

フリガナ				性別	住所	〒	
氏名	(旧姓:)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 歳	連絡先		(固定)	() -	
					(携帯)	() -	
保険者番号		記号			番号		
負担	割	区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	有効期限		年 月 日	
公費		受給者番号			有効期限	年 月 日	

③外来診察

<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 腎・糖尿科	<input type="checkbox"/> リウマチ科
<input type="checkbox"/> 外科(乳腺含む)	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 麻酔科(ペイン)	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科	
<input type="checkbox"/> その他 () ※診療科により当院でのお受け入れが困難な場合もございます。					
★医師希望	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()	医師		

④高度医療機器利用 (PET-CT、陽子線治療科、ハイパーサーミアは別申込書となります)

CT	撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影
	部位	<input type="checkbox"/> 頭部(脳) <input type="checkbox"/> 胸部(肺・縦隔) <input type="checkbox"/> 上腹部(肝臓~腎臓) <input type="checkbox"/> 下腹部(骨盤部) <input type="checkbox"/> 上下腹部(肝臓~骨盤部) <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> その他 ()
MRI	撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 (<input type="checkbox"/> 3.0Tを希望する...別紙金属チェックリストを送信します)
	部位	<input type="checkbox"/> 頭部(※VSRAD <input type="checkbox"/> 要) <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 ()
核医学	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ (<input type="checkbox"/> IMP <input type="checkbox"/> ECD) <input type="checkbox"/> ダットスキャン <input type="checkbox"/> その他 ()	
上部消化管内視鏡	<input type="checkbox"/> 経口内視鏡 <input type="checkbox"/> 経鼻内視鏡	
その他	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> その他 ()	
★造影検査をご希望の際は採血日とクレアチニン値をご記載下さい。 (採血日: 年 月 日 Cre値:) ※採血は検査の3ヶ月以内に実施しているものに限り		

⑤日時希望

<input type="checkbox"/> 希望なし (当院の診療体制に委ねる)
<input type="checkbox"/> 希望あり (<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM 日程希望:)

⑥症状、その他特記事項等

<input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書を参考	(歯科依頼用記入欄) <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 治療
	<div style="text-align: center;"> 部位 + </div>